

## Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia

Comité Consultivo Clínico del Cirujano General de California

Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

**Instrucciones:** A continuación, hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior.

¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	<input type="checkbox"/>
¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/>
¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	<input type="checkbox"/>
¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	<input type="checkbox"/>
¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	<input type="checkbox"/>
¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	<input type="checkbox"/>
<b>Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas</b>	

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud?

No mucho       Algo       Mucho

## APA DSM 5 Cross-Cutting Adulto

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se tratan de cosas que tal vez le molestan. Para cada pregunta, indique con un círculo el número que describe cómo, o qué tan seguido le ha molestado este problema **en las últimas dos semanas.**

0 = Nunca; 1 = Casi nunca - menos de uno o dos días; 2= algo - varios días; 3 = moderadamente - más de la mitad de los días; 4 = grave - casi todos los días.

<b>I.</b>	1. Poco interés o placer en hacer cosas	0 1 2 3 4
	2. ¿Se siente desanimado, deprimido o sin esperanza?	0 1 2 3 4
<b>II.</b>	3. ¿Se siente más irritado, malhumorado o enojado de lo habitual?	0 1 2 3 4
<b>III.</b>	4. ¿Duerme menos de lo habitual, pero aún tiene mucha energía?	0 1 2 3 4
	5. ¿Inicia muchos más proyectos de lo habitual o hace cosas más riesgosas que usual?	0 1 2 3 4
<b>IV.</b>	6. ¿Se siente nervioso, ansioso, asustado, preocupado o al borde?	0 1 2 3 4
	7. ¿Siente pánico o miedo?	0 1 2 3 4
	8. ¿Evita situaciones que le provocan ansiedad?	0 1 2 3 4
<b>V.</b>	9. ¿Tiene dolores y molestias inexplicables (por ejemplo, de cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?	0 1 2 3 4
<b>VI.</b>	11. ¿Piensa en hacerse daño a si mismo?	0 1 2 3 4
<b>VII.</b>	12. ¿Escucha cosas que otras personas no pueden oír, como voces, incluso cuando ninguno estaba alrededor?	0 1 2 3 4
	13. ¿Siente que alguien puede escuchar sus pensamientos o que usted puede escuchar lo que está pensando otra persona?	0 1 2 3 4
<b>VIII.</b>	14. ¿Tiene problemas con el sueño que afectan la calidad de su sueño en general?	0 1 2 3 4
<b>IX.</b>	15. ¿Tiene problemas con la memoria (por ejemplo; aprender una nueva información) o con la ubicación? (por ejemplo, encontrar el camino a casa)?	0 1 2 3 4
<b>X.</b>	16. ¿Tiene pensamientos, impulsos o imágenes desagradables que entran repentinamente en su mente?	0 1 2 3 4
	17. ¿Se siente impulsado a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez?	0 1 2 3 4
<b>XI.</b>	18. ¿Se siente desapegado o distante de usted mismo, de su cuerpo, su físico, sus alrededores, o sus recuerdos?	0 1 2 3 4
<b>XII.</b>	19. ¿No sabe quién es realmente o qué quiere de la vida?	0 1 2 3 4
	20. ¿No se siente cerca de otras personas o no disfruta de sus relaciones con ellas?	0 1 2 3 4
<b>XIII.</b>	21. ¿Bebe al menos 4 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día?	0 1 2 3 4

	22. ¿Fuma cigarrillos, cigarros o pipas, o usa rapé o tabaco de mascar?	0 1 2 3 4
	23. Usa cualquiera de los siguientes medicamentos POR SU CUENTA, es decir, sin una receta médica, en cantidades mayores o más de lo prescrito [por ejemplo, analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como LSD o Ketamina), heroína, inhalantes o solventes (como pegamento), o metanfetamina (como speed)]?	0 1 2 3 4

## APA DSM 5 Depresión

En los últimos SIETE (7) DÍAS	Puntuación Nunca =1 Rara vez = 2 A veces = 3 A menudo = 4 Siempre = 5	
1. Me sentí inútil.	0 1 2 3 4 5	
2. No tengo nada a qué anhelar.	0 1 2 3 4 5	
3. Me sentí impotente.	0 1 2 3 4 5	
4. Me sentí triste.	0 1 2 3 4 5	
5. Me sentí como un fracasado.	0 1 2 3 4 5	
6. Me sentí deprimido.	0 1 2 3 4 5	
7. Me sentí infeliz.	0 1 2 3 4 5	
8. Me sentí sin esperanza.	0 1 2 3 4 5	

## Ansiedad

En los últimos SIETE (7) DÍAS	Puntuación Nunca = 1 Rara vez = 2 A veces = 3 A menudo = 4 Siempre = 5	
1. Me sentí con miedo.	0 1 2 3 4 5	
2. Me sentí ansioso.	0 1 2 3 4 5	
3. Me sentí preocupado.	0 1 2 3 4 5	
4. Me resultó difícil concentrarme en algo aparte de mi ansiedad.	0 1 2 3 4 5	
5. Me sentí nervioso.	0 1 2 3 4 5	
6. Me sentí incómodo.	0 1 2 3 4 5	
7. Me sentí tenso.	0 1 2 3 4 5	

## Sueño

En los últimos SIETE (7) DÍAS	Puntuación Nunca = 1 Un poco = 2 A veces = 3 A menudo = 4 Casi siempre = 5	
1. Dormí con inquietud.	0 1 2 3 4 5	
2. Estaba satisfecho con mi sueño.	0 1 2 3 4 5	
3. Mi sueño fue reparador/refrescante.	0 1 2 3 4 5	
4. Tuve dificultad para conciliar el sueño.	0 1 2 3 4 5	
5. Tuve problemas para quedarme dormido.	0 1 2 3 4 5	
6. Tuve problemas para dormir.	0 1 2 3 4 5	
7. Dormí lo suficiente.	0 1 2 3 4 5	
8. La calidad de mi sueño fue ...	0 1 2 3 4 5	

## DSM PCL-5

Ahora va a leer una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una experiencia estresante. Indique con un círculo cuánto le ha molestado cada una de estas situaciones desde que ocurrió la experiencia estresante.

En el mes pasado, cuanto le ha molestado tener:	Nada	Un Poco	Moderado	Mucho	Extremadamente
1. ¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. ¿Repentinamente, sentimientos o comportamientos como si la experiencia estresante está pasando en el presente? (Como si estuviera en realidad reviviendo la experiencia)	0	1	2	3	4
4. ¿Enojo cuando algo le recuerda esa experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda de la experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	0	1	2	3	4
6. ¿Recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante y evitarlos?	0	1	2	3	4
7. ¿Pensamientos de evitar cosas externas que le recuerden de experiencia estresante? (Por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones)	0	1	2	3	4
8. ¿Problemas recordando hechos importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Fuertes convicciones negativas de usted mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo, si tiene pensamientos como: "¿Soy malo, hay algo seriamente mal conmigo, no puedo confiar en nadie, nuestro mundo es sumamente peligroso?")	0	1	2	3	4
10. ¿Culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o lo que ocurrió después de eso?	0	1	2	3	4
11. ¿Fuertes sentimientos negativos como temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que usted disfrutaba anteriormente?	0	1	2	3	4
13. ¿Sentimientos de ser distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4

14. ¿Dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, ser incapaz de sentirse feliz o tener sentimientos de amor para las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Comportamiento irritable, arranques de enojo o comportamiento agresivo?	0	1	2	3	4
16. ¿Impulsos de tomar muchos riesgos o hacer cosas que puedan causar daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Sentimientos de "sobre alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Nerviosismo o fácilmente asustado?	0	1	2	3	4
19. ¿Dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Dificultad para dormir o quedarse dormido?	0	1	2	3	4
<b>Puntuación Total</b>					